

# EMPLOYER'S NOTICE OF INSURANCE

TO THE EMPLOYEES OF THE UNDERSIGNED:

Your employer is insured by

Insurer

Street and Number

City State Zip Code

For the period from \_\_\_\_\_ Through \_\_\_\_\_

Adjusting Company

Street and Number

City State Zip Code Telephone

This insurance pays benefits for job-connected injuries, illnesses or death as provided by the Alaska Workers' Compensation Act

Employer

By

Title

Witness

Witness

Immediately (not later than 15 days from injury or death date) give your employer and the Alaska Workers' Compensation Division written notice of a job-related injury, illness, or death. Get the "Report of Occupational Injury or Illness" form from your employer for this purpose.

If you have questions about your rights or benefits under the Alaska Workers' Compensation Act, contact the insurer at the above address and the Alaska Workers' Compensation Division at the nearest office listed below:

**ANCHORAGE**  
3301 Eagle Street  
Suite 304  
Anchorage AK 99503  
(907) 269-4980

**FAIRBANKS**  
675 7<sup>th</sup> Ave  
Station K  
Fairbanks AK 99701-4531  
(907) 451-2889

**JUNEAU**  
PO Box 115512  
1111 W 8<sup>th</sup> St Rm 305  
Juneau AK 99811-5512  
(907) 465-2790

NOTICE TO EMPLOYER: AS 23.30.060 requires that you post this notice in three conspicuous places on the employer's premises.

# AVISO DE SEGURO DEL EMPLEADOR

A LOS EMPLEADOS DEL SUSCRITO:  
Su empleador está asegurado por

Station K  
Fairbanks AK 99701-4531  
(907) 451-2889

Asegurador

Calle y Número

Ciudad

Estado

Código Postal

Por el periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Compañía ajustadora

Calle y Número

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono

Este seguro paga beneficios por lesiones, enfermedades o muerte relacionadas con el trabajo, según lo estipula la Ley de Compensación para Trabajadores de Alaska.

Empleador

Por

Título

Testigo

Testigo

Inmediatamente (dentro de los 15 días posteriores a la lesión o la fecha de fallecimiento), notifique por escrito a su empleador y a la División de Compensación para Trabajadores de Alaska sobre una lesión, enfermedad o muerte relacionada con el trabajo. Obtenga el formulario de "Registro de lesión o enfermedad ocupacional" de su empleador para este propósito.

Si tiene preguntas sobre sus derechos o beneficios bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Alaska, comuníquese con la aseguradora en la dirección anterior y con la División de Compensación para Trabajadores de Alaska en la oficina más cercana que se indica a continuación:

**ANCHORAGE**  
3301 Eagle Street  
Suite 304  
Anchorage AK 99503  
(907) 269-4980

**FAIRBANKS**  
675 7<sup>th</sup> Ave  
Station K  
Fairbanks AK 99701-4531  
(907) 451-2889

**JUNEAU**  
PO Box 115512  
1111 W 8<sup>th</sup> St Rm 305  
Juneau AK 99811-5512  
(907) 465-2790

AVISO AL EMPLEADOR: AS 23.30.060 requiere que publique este aviso en tres lugares conspicuos en las instalaciones del empleador.